

ERON BORTOLIN ZANIVAN

CM 457

**A EPIDEMIA DA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA
ADQUIRIDA NO ESTADO DE SANTA CATARINA.
1984-2000.**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal De Santa Catarina, para a
conclusão do curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS-SANTA CATARINA

2001

ERON BORTOLIN ZANIVAN

**A EPIDEMIA DA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA
ADQUIRIDA NO ESTADO DE SANTA CATARINA.
1984-2000.**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal De Santa Catarina, para a
conclusão do curso de Graduação em
Medicina.**

**Coordenador do curso: Edson José Cardoso
Orientador: Osvaldo Vitorino Oliveira**

FLORIANÓPOLIS-SANTA CATARINA

2001

Zanivan, E. B.

A Epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida no Estado de Santa Catarina. 1984-2000. Florianópolis, 2001

42p.

Trabalho apresentado a Universidade Federal de Santa Catarina, para a conclusão do Curso de Graduação em Medicina-UFSC.

1. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; 2. Epidemiologia.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, JOÃO ZANIVAN e IVA BORTOLIN ZANIVAN, por tudo o que eles representam na minha vida.

À minha irmã, ÉVERLIN BORTOLIN ZANIVAN, pela amizade e pelo carinho que sempre demonstrou a mim.

Ao DR. OSVALDO VITORINO OLIVEIRA, pela sua dedicação ao trabalho, e pela cordialidade com que me recebeu.

A todos os funcionários da Coordenação Estadual DST/AIDS, especialmente a HUMBERTO MOREIRA, NADIMARI CÉLI GRIMES E JOYCE ADRIANO BRUGNARA, pela sua disponibilidade durante a coleta dos dados.

Ao DR. PAULO FREITAS, pela atenção dada aos resultados deste trabalho.

E a todos os demais que contribuíram para que este, mais que um *trabalho*, se tornasse uma *lição*.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	01
2. OBJETIVOS.....	06
3. MÉTODO.....	07
4. RESULTADOS.....	11
5. DISCUSSÃO.....	24
6. CONCLUSÕES.....	31
7. REFERÊNCIAS.....	32
RESUMO.....	38
SUMMARY.....	39
APÊNDICE	40

1. INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), é uma manifestação clínica avançada da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV-1 e HIV-2)¹.

A infecção pelo HIV leva a uma imunossupressão progressiva especialmente, da imunidade celular e a uma desregulação imunitária, resultando então em infecções oportunistas, neoplasias e/ou manifestações que são condições definidoras de AIDS, quando em presença da infecção pelo HIV^{1, 2}.

Esta síndrome foi descrita a partir do final da década de setenta e início da de oitenta, sendo que os primeiros casos ocorreram no Zaire (1976-77), no Haiti (1978-79) e nos EUA (1978-79)²⁻⁵.

Em junho de 1981, o boletim epidemiológico Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), do Centers of Disease Control (CDC), de Atlanta, EUA, publicou artigo relatando cinco casos de pneumonia causada por *Pneumocystis carinii* em homens jovens anteriormente saudáveis^{2, 6}.

No mês seguinte, julho de 1981, o MMWR, divulgou outro artigo, desta vez, relatando um surto de Sarcoma de kaposi e pneumonia por *Pneumocystis carinii* em comunidades homossexuais masculinas de Nova Iorque e Los Angeles^{2, 7}.

O conhecimento científico a respeito desse novo problema de saúde foi sendo construído com base em certos modelos de entendimento da ocorrência e da distribuição das doenças. Muito antes que se identificasse um agente etiológico, procurou-se associar a transmissão da AIDS a um estilo de vida. Inicialmente, tomou-se o estilo homossexual e logo a seguir o modelo da hepatite B, como responsável pela cadeia de transmissão da AIDS^{2, 3}.

Com isso, criou-se a noção de grupos de risco, ligados as sub-populações inicialmente afetadas, homossexuais e usuários de drogas, com a finalidade de facilitar a compreensão da distribuição da doença, e também auxiliar o seu monitoramento ³.

No entanto, por terem os primeiros casos de AIDS ocorridas em pessoas pertencentes a estas sub-populações, tradicionalmente caracterizadas como marginalizadas, criou-se um estigma maior contra eles. Com o passar do tempo, viu-se que a AIDS não era uma doença exclusiva destes grupos de riscos.

A epidemia do HIV/AIDS adquire características próprias em cada região do mundo. O modo de transmissão que prevalece em determinada região, dá os aspectos da epidemia local. Assim, pelas várias regiões do mundo, encontramos diversas características diferentes da epidemia HIV/AIDS ^{2, 8, 9}.

Para os dias de hoje, a UNAIDS e a Organização Mundial da Saúde, estimam que cerca de 36,1 milhões de pessoas vivem com HIV/AIDS em todo o mundo, e aproximadamente, 5.3 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV no ano 2000, sendo que destes, 2,5 milhões são do sexo masculino com idade entre 15 e 49 anos de idade. Em todas as partes do mundo, com exceção da África subsahariana, há mais homens contaminados do que mulheres ⁹.

Na África Subsahariana, estima-se que o número de adultos e crianças vivendo com AIDS chega a 25,3 milhões, com uma taxa de prevalência em adultos de 8,8%, ou seja, a mais alta de todas as regiões do mundo. Nesta parte do continente africano, 55% das pessoas infectadas são do sexo feminino ⁹.

No norte e meio leste da África, o número de pessoas infectadas na região chega a 400.000. Neste local, 40% dos infectados são do sexo feminino ⁹.

No sul e sudeste asiático, estima-se em 5.8 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS ⁹.

No leste asiático e na Ásia insular, estima-se em 640.000 pessoas afetadas diretamente pela epidemia. A região apresenta a menor taxa de prevalência em adultos em comparação com as outras regiões, com uma taxa de 0,07% ⁹.

No leste europeu e na Ásia central, foram os locais onde a epidemia iniciou mais tarde, somente no início dos anos 90. Aproximadamente 700.000 pessoas vivem com HIV/AIDS nestas duas regiões ⁹.

Já no oeste europeu, estima-se que vivem com HIV/AIDS, 540.000 pessoas.

Na Austrália e Nova Zelândia, a proporção de adultos do sexo feminino com HIV/AIDS é a menor de todas as regiões, com somente 10%. Cerca de 15.000 pessoas convivem com HIV/AIDS na região ⁹.

Para a América do Norte, estima-se em 920.000 pessoas convivendo com HIV/AIDS. Destes, 20% são do sexo feminino, o que corresponde a menor proporção de mulheres infectadas em todas as Américas ⁹.

O Caribe, que apresenta a segunda maior taxa de prevalência em adultos, com 2,3%, fica atrás apenas da África subsahariana, têm no total 390.000 casos de HIV/AIDS ⁹.

Na América Latina, a epidemia da AIDS é complexa, onde a via homossexual, heterossexual e uso de drogas endovenosas são responsáveis pela disseminação da doença, com 1,4 milhões de pessoas convivendo com HIV/AIDS, sendo que 25% das pessoas infectadas ou com doença eram do sexo feminino. Deste total, aproximadamente 150.000 pessoas foram infectadas no ano de 2000 ⁹.

No Brasil, os primeiros casos de AIDS, foram reconhecidos nas duas maiores regiões metropolitanas do País. Em São Paulo com 1 caso em 1980 e 5 casos em 1982, seguido do Rio de Janeiro com 1 caso em 1982. Considerando-se o período de incubação do HIV, podemos deduzir que a introdução do vírus no País ocorreu na década de 70 ^{5, 10-13}.

Desde 1980 até 03/06/2000, 190.949 foram registrados pela Coordenação Nacional de DST e AIDS, com um coeficiente de incidência acumulada de 132,1^{13, 14}.

Deste total de casos, 133.264 (69,8%) encontra-se na região sudeste; 28.199 (14,8%) na região sul; 16.950 (8,9%) na região nordeste; 9.212 (4,8%) na região oeste; 3.320 (1,7%) na região norte¹³⁻¹⁵.

Apesar do registro de casos de AIDS em todos os Estados da Federação, a epidemia da AIDS não se distribuiu de forma homogênea pelo país, observando maior número de casos nas áreas mais desenvolvidas e com maiores concentrações urbanas do País, ou seja, sul e sudeste¹¹⁻¹⁶.

Até meados do ano 2000, 59% dos 5507 municípios brasileiros já registraram pelo menos um caso de AIDS e os maiores ritmos de crescimento ocorrem nos pequenos municípios, com menos de 50.000 habitantes, em comparação com os grandes centros urbanos, onde a epidemia se iniciou, mas, que hoje detêm o menor aumento relativo do crescimento¹³.

Em Santa Catarina, a epidemia da AIDS, teve seu início em 1984, na região oeste do Estado, em um profissional da área da saúde, em Chapecó. Não tendo sido registrado nenhum caso no ano seguinte, 1985. A AIDS voltou a aparecer em 1986, evoluindo até os dias de hoje¹⁸.

Atualmente a AIDS se distribui por todo o Estado, tendo sido registrado casos da doença em todas as 18 microrregiões de Santa Catarina.

Do começo da epidemia em 1984 até meados do ano 2000, haviam sido confirmados, de acordo com o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde¹⁹, 7388 casos de AIDS em Santa Catarina, colocando o Estado em sexto lugar em número absoluto de casos de AIDS e, em terceiro de acordo com a incidência acumulada por 100.000 habitantes (170,1)¹⁹.

Dos 50 municípios do Brasil com as maiores incidências acumuladas por 100.000 habitantes, seis localizavam-se no Estado de Santa Catarina. São elas:

Itajaí (1010,0); despontando em primeiro lugar, seguido por Balneário Camboriú (847,2) em segundo lugar, Florianópolis (646,4) em oitavo, Criciúma (319,1) em vigésimo quinto, São José (290,2) em vigésimo nono, Blumenau (215,8) em quinquagésimo. Logo a seguir em quinquagésimo quinto lugar aparece Joinville (199,3)²⁰.

2. OBJETIVOS

2.1- Objetivos gerais:

Descrever a epidemia da HIV/AIDS no Estado de Santa Catarina, desde seu início no ano de 1984 até 2000.

2.2- Objetivos específicos:

- Avaliar a incidência anual de HIV/AIDS;
- Determinar a razão de masculinidade, dos casos de HIV/AIDS confirmados;
- Determinar as faixas etárias mais atingidas pelo HIV/AIDS;
- Determinar o nível escolar das pessoas atingidas pela AIDS;
- Avaliar as categorias de exposição predominantes na disseminação do HIV/AIDS no Estado e sua variação no tempo.
- Determinar a variação geográfica da incidência da AIDS por microrregião do Estado.

3. MÉTODO

3.1. Delineamento do estudo.

O estudo foi concebido como transversal, descritivo e retrospectivo. Estudam-se assim, mudanças ocorridas na epidemia da AIDS no Estado de Santa Catarina, através da análise de dados em três períodos distintos; anos 1986/90; 1991/95; 1996/2000.

3.2. População de Estudo.

A população estudada incluiu 8347 pessoas, sendo 7.833 adultos, e 514 crianças, que possuem o diagnóstico confirmado de HIV/AIDS, residentes no Estado de Santa Catarina.

A investigação de um caso de HIV/AIDS inicia-se, com o acionamento pelo médico, da Vigilância Epidemiológica da cidade, através do encaminhamento da Ficha Individual de Notificação (APÊNDICE I). A Vigilância Epidemiológica então, realiza a investigação do paciente, baseada na Ficha de Investigação Individual de Casos de AIDS, para indivíduos de 13 anos de idade ou mais (APÊNDICE II), ou para indivíduos menores de 13 anos (APÊNDICE III), que foram adotadas pelo Ministério da Saúde do Brasil. Os casos confirmados tinham os seus dados enviados para a Coordenação Estadual DST/AIDS - Diretoria de Vigilância Epidemiológica SES/SC, localizada em Florianópolis, onde foram armazenados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN 6.1).

O Ministério da Saúde do Brasil, a partir de 1º de janeiro de 1998, utiliza para Definição de Caso de AIDS no Brasil, em indivíduos com treze anos de idade ou mais ^{21, 22}, os seguintes critérios, para fins de vigilância epidemiológica:

- a) CDC modificado.
- b) Critério Rio de Janeiro/Caracas.
- c) contagem de CD_4^+ inferior a 350 células/mm³.
- d) Critério excepcional CDC.
- e) Critério excepcional de óbito.
- f) Critério excepcional ARC + Óbito.

No dia 2 de dezembro de 1999, a Coordenação Nacional de DST/AIDS reuniu o comitê Assessor de Epidemiologia e outros peritos e convidados para discutir e revisar a Definição de casos de AIDS em Crianças ²³. A partir desta revisão, o Ministério da Saúde do Brasil, adotou os seguintes critérios para efeito de vigilância epidemiológica, em menores de 13 anos:

- a) Critério de confirmação por sinais.
- b) critério CDC modificado.
- c) Critério CD4.
- c) Critério excepcional HIV+óbito.
- d) Critério excepcional em óbito.

3.3. Coleta de dados.

Os dados foram coletados na Coordenação Estadual DST/AIDS, Diretoria de Vigilância Epidemiológica SES/SC, localizado em Florianópolis. A coleta foi realizada dividindo os anos da epidemia em três períodos: 1986/90; 1991/95 e 1996/2000.

O banco de dados utilizado para a coleta das variáveis foi o Sistema de Informações de Agravos de Notificação 6.1 (SINAN 6.1). Seus registros iniciaram no ano de 1986, e incluiu um caso de AIDS de 1984.

O Ministério da Saúde do Brasil adotou, como população adulta, aquela com idade igual ou maior que 13 anos. A população pediátrica foi considerada com idade inferior a 13 anos.

Para o ano 2000, o número de casos de HIV/AIDS pode ser alterado, pois nem todos os casos que foram notificados pelos médicos junto a Vigilância Epidemiológica, foram confirmados até o momento da coleta dos dados do presente estudo. Quando um caso era notificado em um determinado ano, e, sua investigação só se completa no ano seguinte, confirmando um novo caso de HIV/AIDS, este era registrado como um episódio do ano da notificação.

3.4. Análise dos dados.

Foram selecionada as seguintes variáveis para o estudo:

- Incidência anual,
- Sexo,
- Escolaridade.
- Faixa etária,
- Categorias de exposição,
- Microrregiões do Estado.

A distribuição dos casos em relação as variáveis, definida as categorias de interesse, estão apresentadas em suas frequências absolutas e relativas.

O teste do qui-quadrado foi utilizado para comparação de duas ou mais prevalências. O valor de p é apresentado para significância estatística no nível

de 95% de confiança. Para este cálculo foi utilizado o programa Statcalc no Epi-Info 6.04.

4. RESULTADOS

A incidência acumulada do HIV/AIDS no Estado de Santa Catarina para o ano 2000 foi 158,07/100.000 habitantes, apresentando importantes variações a cada ano (tabela I, figura 1).

Tabela I: Números absolutos de casos de HIV/AIDS e suas respectivas taxas de incidência. Santa Catarina, 1984-2000.

Ano	Nº de casos novos	Taxa
86*	11	0,27
87	22	0,53
88	52	1,08
89	92	1,95
90	219	4,59
91	305	6,39
92	413	8,92
93	548	10,98
94	685	12,79
95	958	18,09
96	1057	19,57
97	1066	19,31
98	1276	23,59
99	1019	18,61
00**	624	11,40
Total	8347	158,07

Fonte: Coordenação Estadual DST/AIDS – Diretoria de Vigilância Epidemiológica SES/SC. 2001.
População projetada (método de progressão geométrica)

* Inclui um caso de HIV/AIDS de 1984.

** dados preliminares. Taxa de incidência/100.000 habitantes.

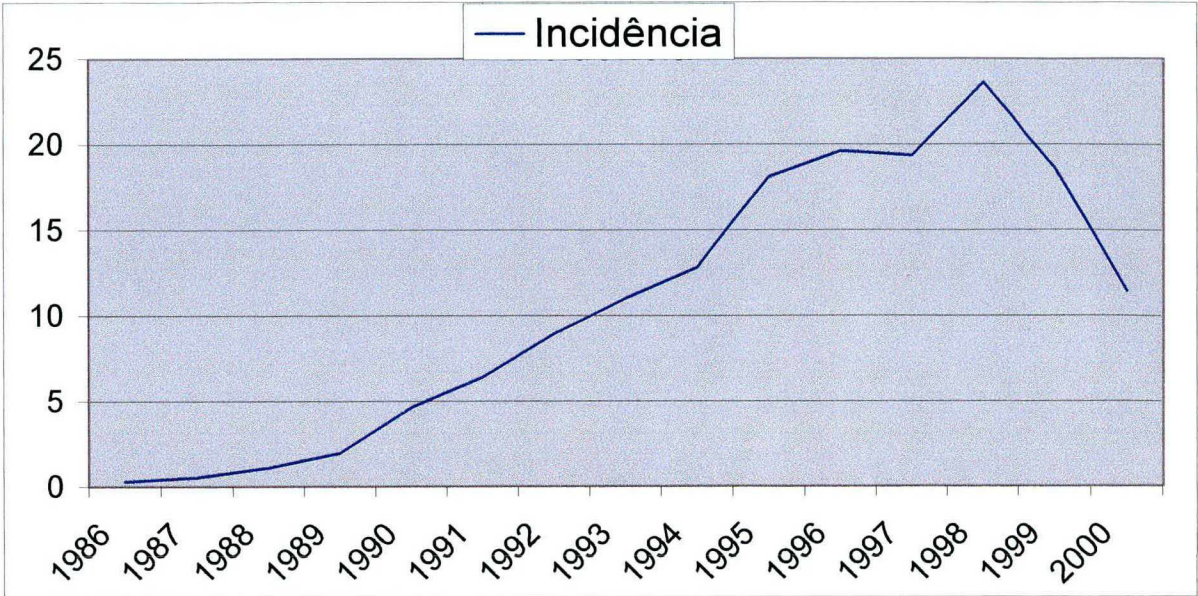


Figura 1: Variação anual da incidência de HIV/AIDS no Estado de Santa Catarina.

Quanto ao sexo, em indivíduos com 13 anos ou mais, observou-se que o masculino representou a maior proporção de casos, com 69,6% (5452), para todo o período analisado (tabela II, figura2).

Tabela II: Distribuição de indivíduos com 13 anos ou mais, com HIV/AIDS, em três períodos, segundo o sexo. Santa Catarina 1984-2000.

Sexo	1986/90*		1991/95		1996/2000**		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Masculino	304	82,6	2022	74,8	3126	65,6	5452	69,6
Feminino	64	17,4	680	25,2	1637	34,4	2381	30,4
Total	368	100	2702	100	4763	100	7833	100

Fonte: Coordenação Estadual de DST/AIDS – Diretoria de Vigilância Epidemiológica SES/SC. 2001.

nº = número de pacientes.

* Inclui um caso de HIV/AIDS de 1984.

** dados preliminares.

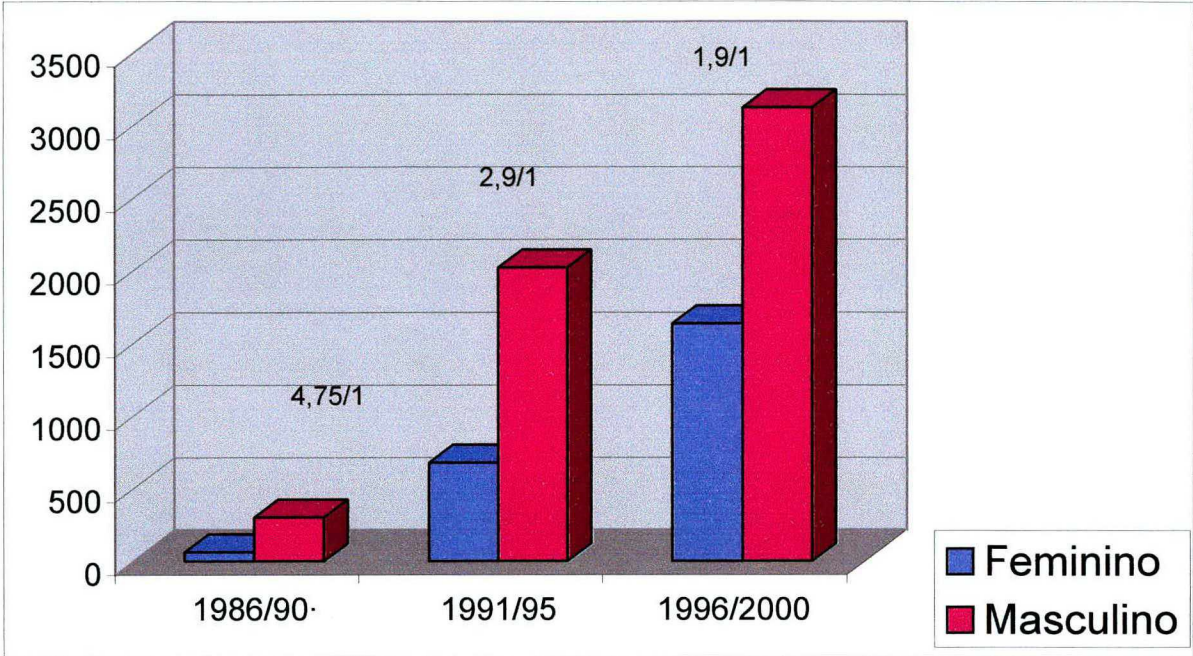


Figura 2: Razão de masculinidade, em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, em três períodos, no Estado de Santa Catarina.

Não foi encontrada diferença significativa ao comparar a incidência acumulada de casos em indivíduos menores de 13 anos de idade, de acordo com o período de sexo. Masculino (52,3%), feminino (47,7%) ($p=0,65$) (tabela III, figura 3).

Tabela III: Distribuição dos indivíduos com menos de 13 anos, com HIV/AIDS, em três períodos, segundo o sexo. Santa Catarina 1984-2000.

	1986/90*		1991/95		1996/2000**		Total	
Sexo	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Masculino	17	60,7	108	52,1	144	51,6	269	52,3
Feminino	11	39,3	99	47,9	135	48,4	245	47,7
Total	28	100	207	100	279	100	514	100

Fonte: Coordenação Estadual de DST/AIDS – Diretoria de Vigilância Epidemiológica SES/SC. 2001.
nº = número de pacientes.
* Inclui um caso de HIV/AIDS de 1984.
** dados preliminares.
 $p=0,65$.

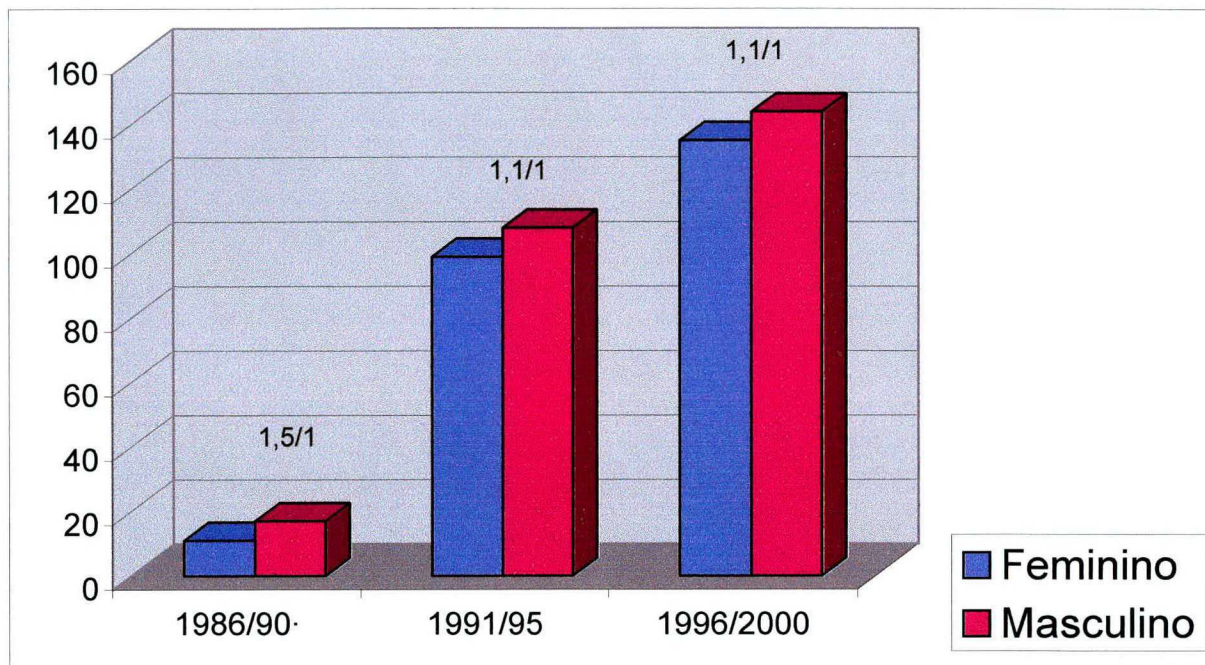


Figura 3: Razão de masculinidade, em indivíduos menores de 13 anos de idade, em três períodos, no Estado de Santa Catarina.

Comparando-se as faixas etárias, percebeu-se que a mais atingida pela AIDS, com 55,9% (4.658) do total de casos, era 20-34 anos de idade. Logo a seguir, apareceu a faixa etária 35-49 anos com 30% (2.505) como a segunda mais atingida (tabela IV, figura 4).

Tabela V: Distribuição dos casos de HIV/AIDS, segundo a faixa etária, em três períodos. Santa Catarina 1984-2000.

Idade	1986/90*		1991/95		1996/2000**		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
<01 ano	10	2,5	100	3,5	122	2,4	232	2,8
01-04 anos	11	2,8	83	2,9	114	2,6	208	2,5
05 –09 anos	7	1,8	20	0,7	33	0,6	60	0,7
10-14 anos	-	-	3	0,1	11	0,2	14	0,2
15-19 anos	23	5,8	74	2,5	98	1,9	195	2,3
20-34 anos	254	64,3	1768	60,9	2636	52,3	4658	55,9
35-49 anos	73	18,5	732	25,2	1700	33,7	2505	30,0
50-64 anos	17	4,3	19	3,7	280	5,5	406	4,9
65-79 anos	-	-	16	0,5	41	0,8	57	0,6
80 e + anos	-	-	-	-	3	0,0	3	0,0
Ignorado	1	0,2	4	0,1	4	0,1	9	0,1
Total	396	100	2909	100	5042	100	8347	100

Fonte: Coordenação Estadual de DST/AIDS – Diretoria de Vigilância Epidemiológica SES/SC. 2001.

nº = número de pacientes.

* Inclui um caso de HIV/AIDS de 1984.

** dados preliminares.

% excluindo-se os ignorados.

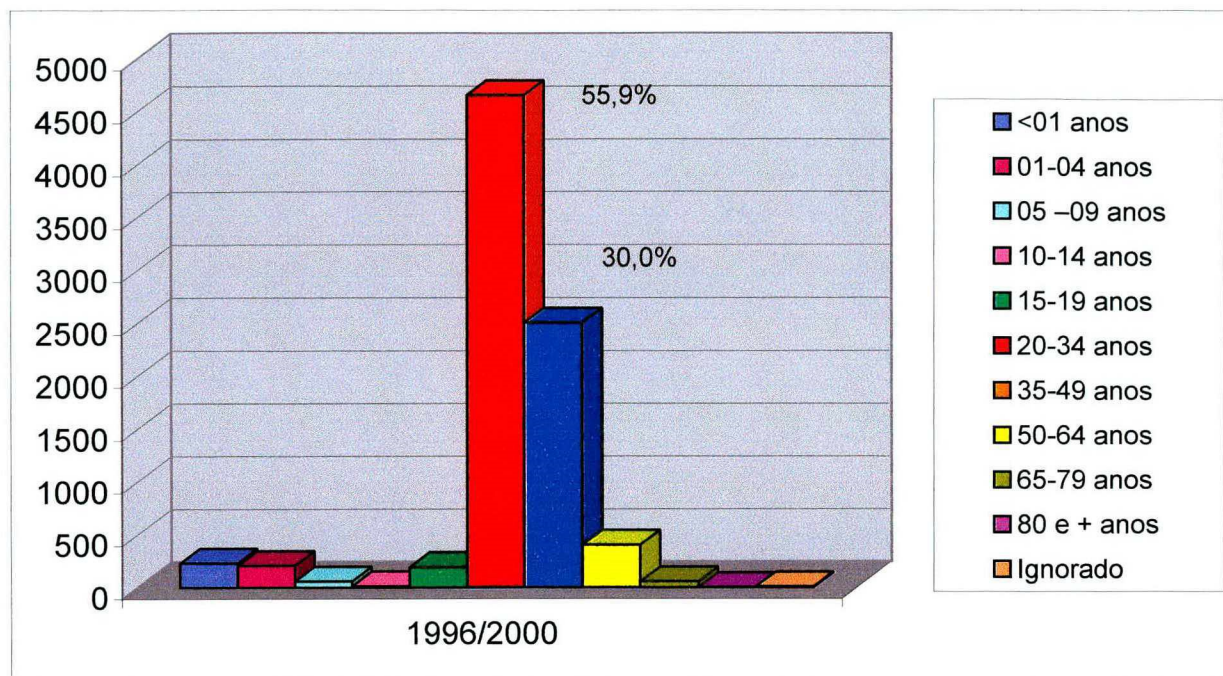


Figura 5: Distribuição das pessoas com HIV/AIDS no Estado de Santa Catarina, segundo a faixa etária.

Notou-se maior incidência acumulada de HIV/AIDS entre aqueles que possuíam até oito anos de escolaridade, abrangendo 71,7% (5.348) do total de casos (tabela IV, figura 4).

Tabela IV: Distribuição por escolaridade dos casos de HIV/AIDS, em três períodos. Santa Catarina 1984-2000.

Escolaridade	1986/90*		1991/95		1996/2000**		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Analfabeto	4	1,3	125	5,0	228	4,8	357	4,7
1º grau	159	51,6	1526	61,9	3356	70,6	5041	67,0
2º grau	61	19,8	418	17	676	14,2	1156	15,3
Superior	58	18,9	196	8,0	234	4,9	488	6,5
Não se aplica	26	8,4	200	8,1	261	5,5	487	6,5
Ignorado	88	22,2	444	15,3	286	5,7	818	9,8
Total	396	100	2909	100	5042	100	8347	100

Fonte: Coordenação Estadual de DST/AIDS – Diretoria de Vigilância Epidemiológica SES/SC. 2001.

nº = número de pacientes.

* Inclui um caso de HIV/AIDS de 1984.

** dados preliminares.

% excluindo-se os ignorados.

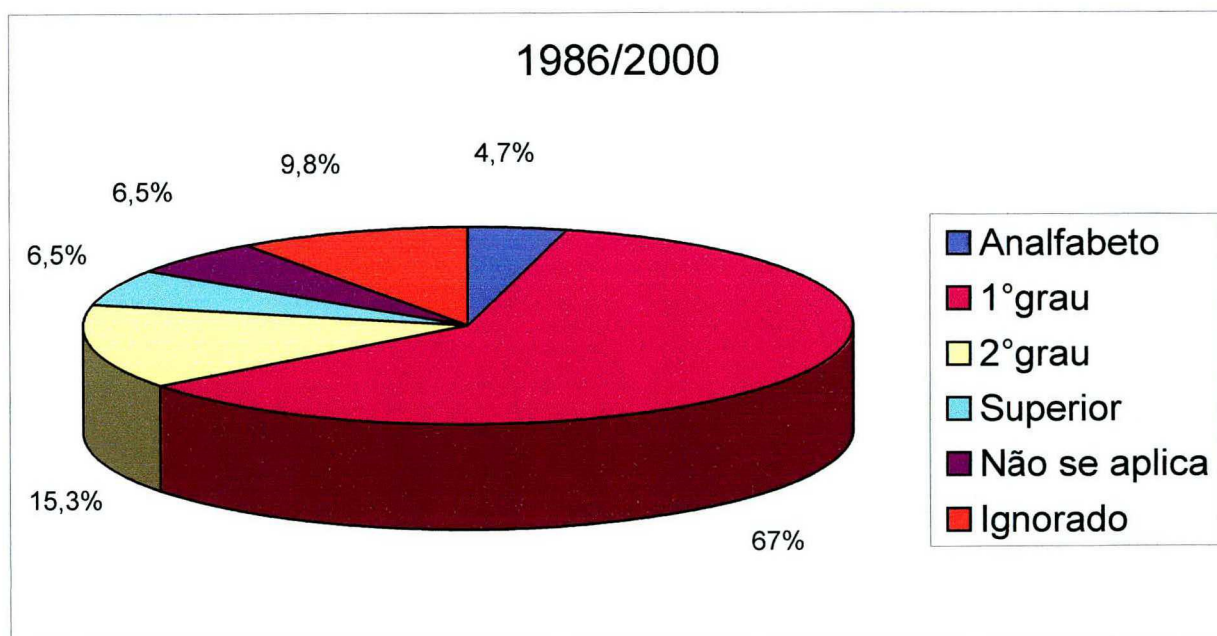


Figura 4: Distribuição dos indivíduos com HIV/AIDS no Estado de Santa Catarina, segundo a escolaridade.

Em relação a categorias de exposição, em indivíduos com 13 anos ou mais, destaque para a heterossexual com 61,7% (4.459) em todo o período. A categoria usuário de drogas correspondia a 18,8% (1.354) do total. A homossexual aparecia com 12,0% (867) dos casos (tabela VI, figura 6).

Tabela VI: Categorias de exposição em pessoas com 13 anos de idade ou mais, com HIV/AIDS, distribuídos em três períodos. Santa Catarina 1984-2000.

Categorias	1986/90*		1991/95		1996/2000**		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Heterossexual	103	33,3	1229	50,2	3127	70,0	4459	61,7
Usuário de drogas	99	32,0	728	29,8	527	11,8	1354	18,8
Homossexual	64	20,6	313	11,0	490	11,0	867	12,0
Bissexual	41	13,3	171	7,0	314	7,0	526	7,3
Transfusão	-	-	-	-	8	0,2	8	0,1
Hemofilico	2	0,4	3	0,2	-	-	5	0,1
Acidente de trabalho	1	0,4	1	0,0	2	0,0	4	0,0
Vertical	-	-	-	-	1	0,0	1	0,0
Ignorado	58	15,8	257	9,5	294	6,2	609	7,8
Total	368	100	2702	100	4763	100	7833	100

Fonte: Coordenação Estadual de DST/AIDS – Diretoria de Vigilância Epidemiológica SES/SC. 2001.

nº = número de pacientes.

* Inclui um caso de HIV/AIDS de 1984.

** dados preliminares.

% excluindo-se os ignorados.

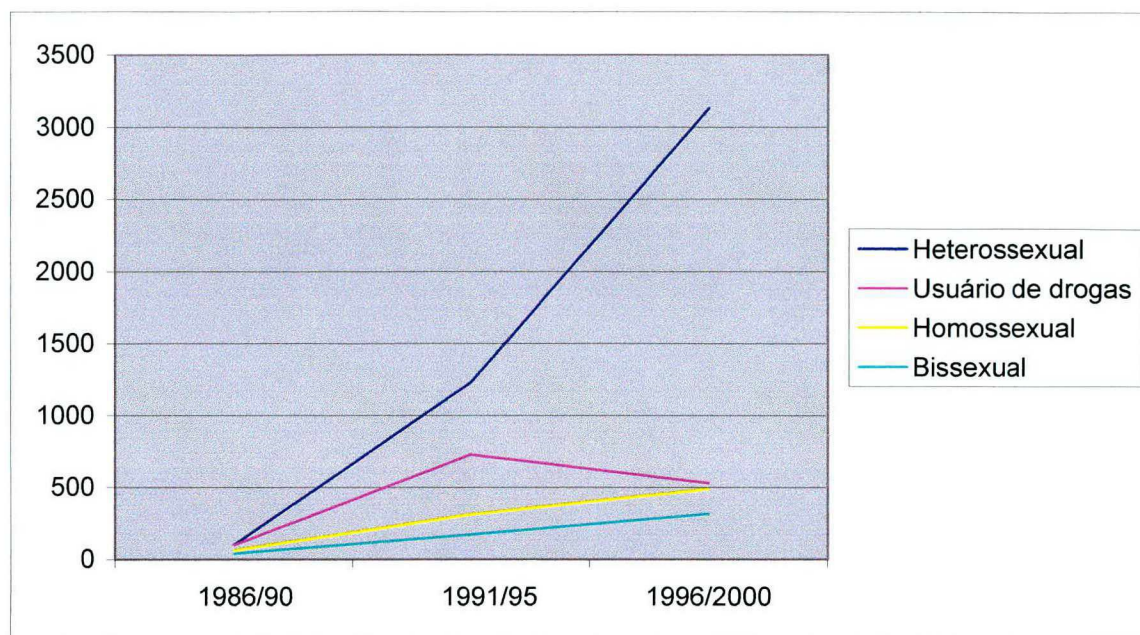


Figura 6: Distribuição das pessoas com 13 anos de idade ou mais com HIV/AIDS, no Estado de Santa Catarina, segundo as principais categorias de exposição.

Nos indivíduos com menos de 13 anos, a quase totalidade da transmissão de HIV/AIDS, deveu-se à transmissão vertical, com 97,9% (475) dos casos (tabela VII, figura 7).

Tabela VII: Categorias de exposição em pessoas com menos de 13 anos, com HIV/AIDS, em três períodos. Santa Catarina 1984-2000.

Categorias	1986/90*		1991/95		1996/2000**		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Vertical	16	69,6	192	99,5	267	99,2	475	97,9
Transfusão	4	17,4	-	-	1	0,4	5	1,1
Usuário de drogas	1	4,3	1	0,5	-	-	2	0,4
Hemofílico	2	8,7	-	-	-	-	2	0,4
Heterossexual	-	-	-	-	1	0,4	1	0,2
Ignorado	5	17,8	14	6,7	10	3,6	29	5,6
Total	28	100	207	100	279	100	514	100

Fonte: Coordenação Estadual de DST/AIDS – Diretoria de Vigilância Epidemiológica SES/SC. 2001.

nº = número de pacientes.

* Inclui um caso de HIV/AIDS de 1984.

** dados preliminares.

% excluindo-se os ignorados.

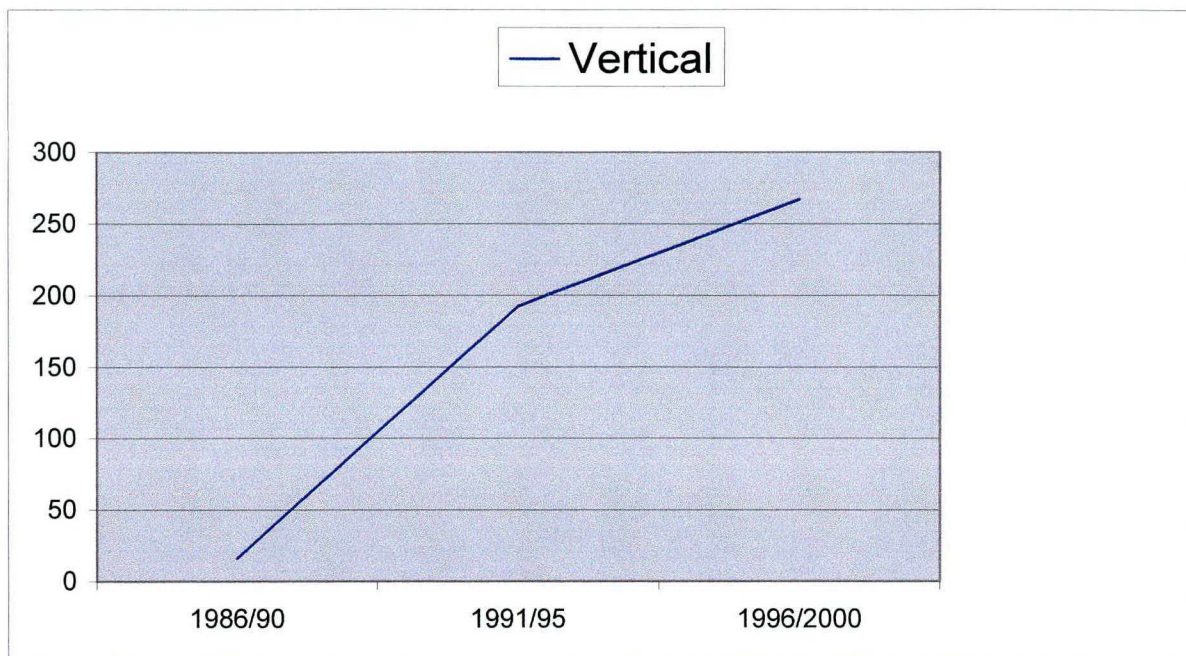


Figura 7: Variação da transmissão vertical em indivíduos menores de 13 anos de idade, em três períodos.

Notou-se que as microrregiões mais atingidas pela AIDS localizavam-se próximas ao litoral. A microrregional AMFRI se destacou, dentre as demais, apresentando uma taxa de incidência acumulada por 100.000 habitantes de 583,90; apesar de não ser a microrregional com o maior número de casos de AIDS. A microrregional Granfpolis apresentou o maior número absoluto de casos de AIDS (2778), tendo uma incidência acumulada de 358,09. As microrregionais que também mereceram destaque foram: AMREC, AMUNESC, AMMVI, cujas taxas de incidência acumulada correspondiam a 189,79; 162,78; 151,24 respectivamente (tabela VIII, figura 8).

Tabela VIII: Número de pessoas com HIV/AIDS, por microrregiões de Santa Catarina, e sua respectiva taxa de incidência por 100.000 habitantes, em três períodos. Santa Catarina 1984-2000.

Microrregiões/ Sede	1986/90*		1991/95		1996/2000**		Total	
	nº	Taxa*	nº	Taxa*	nº	Taxa*	nº	Taxa*
AMFRI-Itajaí	113	43,82	704	230,13	1109	309,95	1926	583,90
Granfpolis- Fpolis	148	24,05	1192	162,54	1438	171,50	2778	358,09
AMREC- Criciúma	14	5,49	188	60,33	437	123,97	639	189,79
AMUNESC- Joinville	34	7,18	266	48,09	683	107,51	983	162,78
AMMVI- Blumenau	41	9,18	253	49,26	497	92,8	791	151,24
AMUREL- Tubarão	7	2,17	85	27,43	257	77,72	349	107,32
AMVALI- Jaraguá do Sul	2	1,62	41	26,82	78	43,44	123	71,88
AMESC- Araranguá	4	3,08	19	11,05	79	46,86	102	60,99
AMURES- Lages	12	3,74	64	22,61	81	27,31	157	53,66
AMAVI-Rio do Sul	12	4,42	26	9,27	86	32,66	124	46,35
AMMOC- Joaçaba	1	0,65	15	8,70	47	26,94	63	36,29
AMARP- Videira	3	2,12	8	5,11	46	24,36	57	31,59
AMURC- Canoinhas-	2	1,21	12	5,57	42	21,65	58	28,43

AMAUC-Concórdia	1	0,76	2	1,45	36	23,57	39	25,78
AMOSC-Chapecó	1	0,30	25	7,17	67	17,58	93	25,05
AMAI-Xanxerê	-	-	2	1,51	27	19,63	29	21,14
AMEOSC-S. M. D'Oeste	1	0,54	2	1,06	27	12,61	30	14,21
AMPLA-Mafra	-	-	5	5,45	5	5,15	10	10,60
Total	396	8,62	2909	57,17	5042	92,28	8347	158,07

Fonte: Coordenação Estadual de DST/AIDS – Diretoria de Vigilância Epidemiológica SES/SC. 2001.
População projetada (método da progressão geométrica)
nº = número de pacientes.
Taxa de incidência / 100.000 habitantes.
* Inclui um caso de HIV/AIDS de 1984.
** dados preliminares.

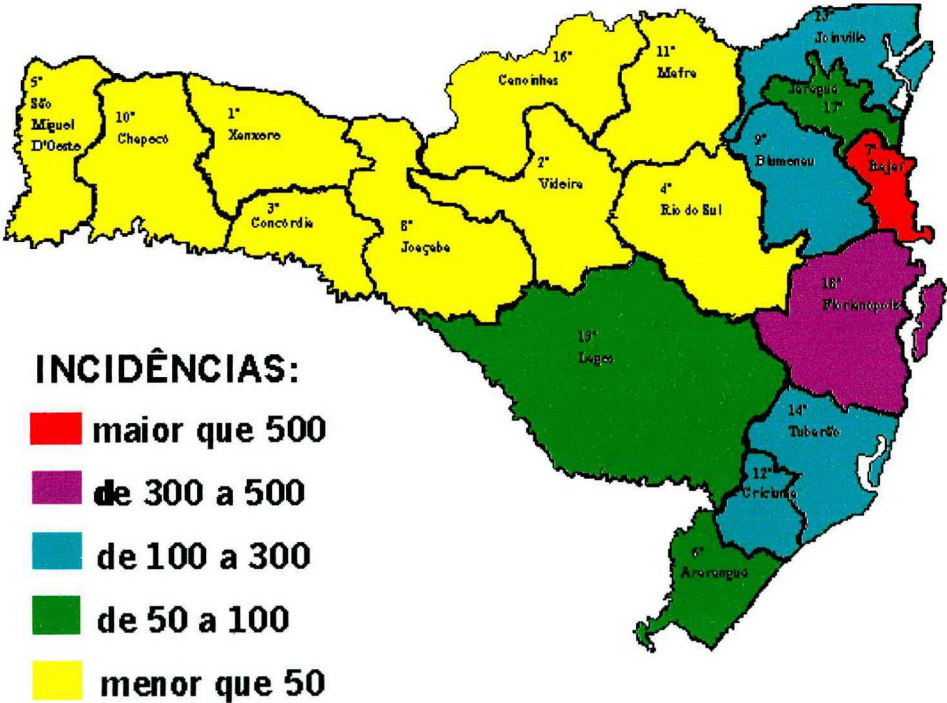


Figura 8: Distribuição espacial dos casos de HIV/AIDS, por microrregionais do Estado de Santa Catarina, de acordo com as taxas de incidência/100.000 habitantes.

5. DISCUSSÃO

Quando foram publicados os 5 casos de *Pneumocystis carinii* em homossexuais no ano de 1981 pelo MMWR⁶, tornando-se a primeira publicação referente a nova síndrome, o mundo começou a tomar conhecimento da AIDS. Daquela época até os dias de hoje, a AIDS atingiu todas as regiões do mundo, tornando-se a primeira pandemia moderna⁴.

A UNAIDS e a OMS, estimaram em 36,1 milhões de pessoas em todo o mundo, com HIV/AIDS no final do ano 2000, ou seja, um número 50% maior do que havia projetado em 1991, mostrando a gravidade da situação mundial⁹.

A epidemia no Brasil apresentou, um declínio na taxa de incidência nos últimos anos da década de 90^{13, 14}. Segundo Dhalia C, Barreira D, Castilho EA.¹³ é importante salientar que a cifra representa, certamente, um retardo de notificação do que um verdadeiro declínio acentuado na incidência. No presente estudo, observou-se algo semelhante, ou seja, um declínio na incidência da AIDS a partir do ano de 1999 no Estado, depois de seguidos anos de aumento na taxa. Porém, isto provavelmente se deva mais às sub-notificações dos casos novos, do que propriamente uma redução real da incidência, pois, resultados preliminares de investigações realizadas pela Coordenação Estadual de DST/AIDS - Diretoria de Vigilância Epidemiológica SES/SC, apresentaram um número maior de início de novos tratamentos que o de notificações de casos novos.

Um aspecto muito observado nos estudos sobre a epidemia da AIDS, é a razão de masculinidade. Cohn A.²⁴ afirmou que a AIDS é ainda uma doença eminentemente masculina, penalizando mais homens que mulheres. Todavia, a literatura relatou, um crescente aumento da AIDS em mulheres, diminuído a

razão de masculinidade²⁴⁻²⁶. Em alguns lugares do mundo, esta razão se inverteu, como foi o caso da África subsahariana, que apresentou 55% dos casos de AIDS no sexo feminino⁹. Corroborando com a literatura, o presente estudo evidenciou uma redução na razão homem/mulher em adultos, que nos períodos de 1986/90; 1991/95; 1996/2000; foram 4,75/1; 2,9/1; 1,9/1; respectivamente.

A literatura mostrou que no Brasil, a razão de masculinidade em indivíduos com menos de 13 anos foi próxima a 1/1^{16, 26}. Corroborando com a literatura, o presente estudo apresentou resultado de 1,1/1; não havendo praticamente diferença entre os sexos.

A faixa etária mais acometida pela AIDS, tem sido o de adultos jovens, com idade entre 20 e 40 anos^{11,12,17,27}. Nesta faixa se concentra a população com maior atividade sexual, uso de drogas injetáveis, e onde se encontra a maior parte da população economicamente ativa^{24,28}. O que foi motivo em várias sociedades, de prejuízos econômicos e sociais decorrentes de dias de trabalho perdidos secundário a AIDS, além de custos do tratamento e anos de vida perdidos²⁸. Outro grupo que apareceu em importância, foi o de menores de cinco anos, decorrentes da transmissão vertical, principalmente nos países em que o número de mulheres infectadas foi significativo^{17,25,29}. No presente estudo, corroborando com a literatura, deparou-se com a faixa etária dos 20-34 anos como a mais acometida pela AIDS, correspondendo a 55,9% (4.658) dos casos. A faixa dos 35-49 anos apareceu com 30% (2.505) dos casos. Ambas faixas etárias agrupam 85,9% (7.163) do total. Todavia, existe uma redução da proporção na faixa etária dos 20-34 anos, e um aumento da faixa dos 35-49 anos na de casos de AIDS. Os menores de 5 anos, corresponderam a 5,3% do total de casos. Entretanto, do período 1986/90 ao 1991/95, existiu um aumento de 1,1% na proporção dos casos nesta faixa etária, enquanto no período 1996/2000 houve uma redução de 1,4% em relação ao 1991/95. Isto provavelmente se deva, a

introdução de anti-retrovirais na profilaxia da transmissão vertical a partir de 1996.

A totalidade dos casos notificados com escolaridade conhecida até 1982 no Brasil era, de nível superior ou de segundo grau^{3, 11-13}. Nos anos subseqüentes, observou-se a tendência de aumento no registro de casos com menor grau de escolaridade reconhecida. Para o período 1999/2000, observou-se no Brasil que 74% dos casos eram analfabetos ou tinham até oito anos de escolaridade¹³. A literatura apresentou uma relação direta entre menor nível de escolaridade e maior taxa de infecção pelo HIV⁹. No presente estudo, a proporção de 71,7% (5.398), do total observado, correspondia à população com até oito anos de escolaridade. Evidenciou-se, aumento da ordem de 19%, da proporção daqueles que possuíam até o primeiro grau do período 1986/90 ao 1996/2000, Ao contrário, naqueles que possuíam o segundo grau ou nível superior, houve uma redução da incidência de AIDS, sendo ainda mais expressiva nos que possuíam nível superior. Estes representavam 18,9% dos casos no período 1986/90, e passaram a 4,9% em 1999/2000. Naqueles onde a escolaridade não se aplicava, isto é, que não foram alfabetizados devido a sua pouca idade, novamente notou-se, uma redução no período de 1999/2000 em relação ao de 1991/95. Talvez, como sugerido anteriormente, decorrente da introdução de anti-retrovirais na profilaxia da transmissão vertical. Destacou-se nesta variável de estudo, o mais alto nível de casos ignorados, com 9,8% (818) dentre todas as variáveis estudadas.

As principais formas de transmissão do vírus foram agrupadas em: transmissão sexual, uso de drogas injetáveis, vertical, transfusão sanguínea, e, em alguns casos são classificados como acidente de trabalho, quando ocorrem em profissionais de saúde, por constituírem categoria especial, sujeitas a infectar-se durante as atividades do cotidiano.

A literatura apontou, como de extrema importância em países em desenvolvimento, a transmissão heterossexual, enquanto a homo e bissexual foram destaques em países desenvolvidos^{4, 9}. Assim, transmissão sexual no Brasil, constituiu a principal forma de disseminação da AIDS, com 53,8% (99.104) do total dos casos desde o início da epidemia. Destes, 25,6% (47.173) eram referidos como heterossexuais; 18,1% (33.361) eram homossexuais e, 10,1%(18.570) eram bissexuais^{13, 30}. Porém, existia uma predominância da disseminação homossexual no início, que se alterou, nos últimos anos, para a heterossexual¹⁰⁻¹³.

Castilho EA.¹¹ ponderou duas observações quanto a questão da magnitude da transmissão heterossexual. A primeira advertiu para os riscos da extrapolação desavisada do aumento do número de casos da doença em mulheres para um incremento similar da transmissão heterossexual, neste caso é necessário atentar para o número relevante de mulheres usuárias de drogas injetáveis. A segunda aponta, para a similaridade de diversas características clínicas e sócio-demográficas entre homens incluídos na categoria exposição homo e bissexual, indicando talvez um ocultamento de práticas sociais socialmente estigmatizadas, e, com isso, uma superestimação de casos que tem como categoria de exposição à transmissão heterossexual.

Parker R.⁸ atentaram para o fato de que, ao contrário das culturas norteamericana e européia, que dividem os grupos com práticas sexuais em hetero, homo e bissexual, a latino-americana classifica em “ativo” e “passivo”, cabendo ao “ativo”, o papel de macho, expansivo e dominante, e ao “passivo”, o de fêmea, submissa e dominada. Assim, “o homem que faria sexo com outro homem”, desde que fosse quem “penetrasse”, não seria estigmatizado como homossexual, ao contrário daquele que foi “penetrado”.

Em nosso estudo, a transmissão sexual representou 81% (5852) do total de casos em indivíduos com 13 anos de idade ou mais. A categoria heterossexual

representou, ao final de todo o período analisado, aumento na sua incidência, totalizando 61,7% (4.459) dos pacientes, número bem mais expressivo que a realidade nacional. As classes homo e bissexual representaram 12,0% (867) e 7,3% (526), respectivamente, do total de casos, com uma redução na proporção de casos de AIDS nestas duas categorias ao longo dos três períodos, porém, não acompanhada de uma redução do número absoluto de casos em ambas categorias.

O potencial de disseminação do HIV entre usuários de drogas injetáveis tem sido amplamente demonstrado. O hábito de, após injetar a droga, aspirar sangue para dentro da seringa, para depois, reinjetá-la com o intuito de não deixar resquício da droga na seringa, associado ao compartilhamento de agulhas e seringas, fortalecendo assim a chamada “roda de pico”, e mais, a condição de marginalidade e desfavorável situação econômica, eram as características que levaram a aumentar a chance de transmissão da doença neste grupo^{3, 31, 32}.

Bastos FI, Coutinho K.³² alertaram que à medida que acontece uma mudança de hábitos, numa direção de menor risco, ou seja, a substituição da droga injetável, por outro tipo de droga, especialmente a cocaína cheirada e o crack, ocorre um crescimento relativo da relevância da transmissão sexual entre os usuários de drogas injetáveis, e da notificação de casos entre usuários de drogas não injetáveis, com o uso da droga desempenhando papel de fator de risco adicional para uma população com uso inteiramente assistemático de preservativos, aumentando, com isso, os registros de casos de AIDS secundários a transmissão sexual.

Os resultados do presente estudo demonstraram significativa redução na incidência da AIDS em usuários de drogas injetáveis comparando-se a época de 1986/90 em relação ao 1996/2000. Esta categoria representou 18,8% (1.354) de todas as categorias de exposição em adultos, número bastante parecido com o Nacional que gira em torno de 19,3%³⁰.

Em relação a outras categorias de exposição sanguínea, o presente estudo encontrou taxas de transmissão inferiores as nacionais: a taxa de infecção decorrente da transfusão sanguínea foi de 0,1% (8), contra 1,4% da taxa nacional³⁰, e, a taxa de transmissão em hemofílicos foi 0,1% (5), contra 0,5% da nacional³⁰. Verificou-se uma alta proporção de casos ignorados quando estudado as categorias de exposição em indivíduos com 13 ou mais anos, somando 7,8% (609) dos casos.

Quanto à transmissão vertical, ela tornou-se expressiva quando analisado a população pediátrica. A transmissão vertical reflete, o nível de infecção pelo HIV na população feminina, e também, a assistência social dada a gestante²⁹. O Brasil apresentou uma taxa de 80,1% de transmissão vertical desde o início da epidemia até meados do ano 2000 e, se considerado somente o período de 1999/2000, a taxa foi de 94% de transmissão vertical^{13,17,33}. Assim, nosso estudo demonstrou um número um pouco mais elevado que o Nacional, ou seja, 97,9% (475) dos casos pediátricos deveram-se, a transmissão vertical em todo período da epidemia.

Quanto à distribuição geográfica da AIDS no Brasil, evidenciou-se uma acelerada “interiorização” nos últimos anos. Tomados os dados brutos, em 1985 havia 87 municípios que apresentavam casos de AIDS segundo a data do diagnóstico²⁴. Este número salta para 5.507 no ano 2000, ou seja, 59% dos municípios brasileiros já registraram pelo menos um caso de AIDS, com nítida expansão da doença para as regiões Nordeste, Centro-oeste e Norte do país¹³.

Em relação à distribuição geográfica da AIDS no Estado de Santa Catarina, notou-se uma maior concentração da doença nas regiões litorâneas do Estado. Destacou-se a região da AMFRI com uma incidência acumulada de 583,90; nesta região estão inseridos os municípios de Itajaí e Balneário Camboriú, que foram respectivamente, os dois municípios com as maiores incidências acumuladas no Brasil²⁰. Especificamente Itajaí, a atividade portuária associada a

sua zona de tráfico de drogas e prostituição foram de péssima reputação para a disseminação da AIDS. Balneário Camboriú, pela proximidade de Itajaí, as facilidades de deslocamento diário de pessoas entre as duas cidades e mais sua vocação turística, talvez estiveram envolvidas com a sua alta taxa de HIV/AIDS.

A microrregião da Granfpolis, onde se localiza o município de Florianópolis, mereceu realce pelo seu nível de incidência acumulada de 358,09. É possível que o número de casos de AIDS no município de Florianópolis, esteja ligeiramente aumentado devido à migração de pessoas provenientes de outras cidades em busca de tratamento, por ter na Capital do Estado, supostamente, acesso mais fácil ao auxílio médico. Respeitável salientar, a boa eficiência da Vigilância Epidemiológica em Santa Catarina, quem sabe um dos motivos da atual condição de Santa Catarina ser um dos Estados que possuem uma das maiores incidências acumuladas de HIV/AIDS do Brasil.

As microrregiões da AMREC (Criciúma), AMUNESC (Joinville), AMMVI (Blumenau) e AMUREL (Tubarão), também apareceram com as taxas de incidências acumuladas elevadas, embora bem inferiores as duas primeiras microrregiões citadas, talvez refletindo a transmissão da AIDS pela via heterossexual e pelo grande número de usuários de drogas injetáveis.

Em direção ao Oeste Catarinense, as microrregiões apresentaram taxas de incidência da AIDS menores quando comparadas as do litoral. Todavia, observou-se nas microrregiões do oeste, importante aumento da taxa de incidência nos últimos anos, o que pode ser um sinal da interiorização do HIV/AIDS em Santa Catarina.

6. CONCLUSÕES

Verificamos que a Epidemia da AIDS no Estado de Santa Catarina vem se apresentando de forma semelhante ao encontrado na literatura. Como particularidades, ressaltamos: maior frequência da transmissão do HIV pelo tipo heterossexual (61,7%) e vertical (97,9%).

- Após anos de aumento na incidência de AIDS, a partir de 1999 esta taxa começa a apresentar um declínio, por motivos ainda não esclarecidos.

- O aumento da incidência da AIDS no sexo feminino, com a conseqüente redução da razão homem/mulher em adultos, apresenta ao final de todo o período uma razão de 2,3/1. Quando considerado os casos pediátricos, não se encontra diferença significativa da prevalência de AIDS entre os sexos.

- A faixa etária de 20-49 anos prevalece sobre as demais com 85,9% (4.658) dos casos. Todavia, a faixa etária abaixo dos 5 anos (5,3%) merece destaque quando observamos a população pediátrica.

- Os indivíduos com nível de escolaridade de até oito anos, são os mais atingidos pelo HIV/AIDS, correspondendo a 71,7% (5.398) dos casos.

- A categoria de exposição predominante nos adultos foi a sexual, via heterossexual, correspondendo a 61,7% (4.459) dos indivíduos com AIDS, seguida pela categoria usuária de drogas injetáveis com 18,8% (1354). Quando estudada a população pediátrica, destaque para a transmissão vertical, totalizando 97,9% (475) dos casos.

- As microrregiões com as maiores taxas de incidência se localizam próximas ao litoral, sobressaindo-se a microrregião da AMFRI sobre as demais com, uma taxa de incidência acumulada por 100.000 habitantes de 583,90; seguida pela microrregião da Granfpolis que apresenta taxa de 358,09.

7. REFERÊNCIAS

1. Nadler J. Etiopatogenia. In: Veronesi R, Focaccia R. Tratado de Infectologia. 1º ed. São Paulo: Atheneu; 1996.p.83-6.
2. Curran JW. Epidemiologia da Infecção por HIV e AIDS/SIDA. In: Bennett JC, Plum F. Cecil: Tratado de Medicina Interna. 20º ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1997.p.2037-47.
3. Guerra MAT, Veras MASM, Ribeiro AF. Epidemiologia. In: Veronesi R, Focaccia R. Tratado de Infectologia. 1º ed. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 88-98.
4. Sanecki K, Way PO, Bernstein R, Mantel C, Lepisto E. A Pandemia do HIV: Estágio e Tendências. In: Parker R, Galvão J, Pedrosa JS. A AIDS no Mundo. 1º ed. Rio de Janeiro: ABIA/UERJ/ Relume. Dumará. 1993. p.13-85.
5. Castilho EA, Guimarães MDC. Aspectos Epidemiológicos da AIDS/ HIV no Brasil. Rev. soc. bras. med. trop.1993; 26(2):101-111.
6. Centers for Disease Control. Pneumocystis pneumonia. MMWR 1981;30 (21):250-2.
7. Centers for Disease Control. Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis Pneumonia among homosexual men. MMWR 1981;30(25): 305-8.

8. Parker RG. AIDS no Brasil: Aspectos Antropológicos da Epidemia do HIV. Publicado em 1997. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/udtv/doc07.htm>> Capturado em 11/11/00.
9. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. AIDS epidemic updates. Geneva; dezembro de 2000. Disponível em: <<http://www.unaids.org/wac/2000/>> Capturado em: 23/01/01.
10. Bastos FI, Barcellos C. Geografia Social da AIDS NO Brasil. Rev. saúde pública. 1995; 29(1):52-62.
11. Bastos FI, Telles, Castilho E, Barcellos C. A Epidemia de AIDS no Brasil. In: Minayo MCS. Os muitos Brasis – saúde e população na década de 80. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 245-68,1995.
12. Castilho EA, Chequer P. A Epidemia da AIDS no Brasil. Publicado em 1997. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/udtv/doc02.htm>> Capturado em: 23/11/00.
13. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DHALIA C, BARREIRA D, CASTILHO EA. A Aids no Brasil: situação atual e tendências. *Boletim Epidemiológico- Aids XII, Semana Epidemiológica* 48/1999- 22/2000. Brasília, 2000.
14. BOLETIM epidemiológico: AIDS. Tabela 2: Distribuição dos casos de AIDS e coeficientes de incidência (taxa por 100.000 habitantes) segundo período de diagnóstico e local de residência (Unidade Federada e

- Macrorregião). Brasil, 1980-2000: Brasília: Ministério da Saúde. Nº 1, dez. 1999/jun2000. p.26-7.
15. BOLETIM epidemiológico: AIDS. Tabela 16:Distribuição dos casos de AIDS segundo macrorregião, ano de diagnóstico e tipo de exposição: Brasil 1980-2000. Brasília: Ministério da Saúde. Nº1. dez.1999/jun2000.p. 45-6.
16. Sawyer DO, Assunção RM, Lima MAC, Carvalho JAM. Aspectos Demográficos da Epidemia de AIDS no Brasil. Publicado em 1997. Disponível em: <[http://: www.aids.gov.br/udtv/doc06.htm](http://www.aids.gov.br/udtv/doc06.htm) > Capturado em 23/11/00
17. Vermelho LL, Silva LP, Costa AJL. Epidemiologia da Transmissão Vertical do HIV no Brasil. Publicado em 1999. Disponível em <[http://: www.aids.gov.br/doc17.htm](http://www.aids.gov.br/doc17.htm) > Capturado em: 23/11/00.
18. SANTA CATARINA. SECRETÁRIA DA SAÚDE. Relatório de Análise da Situação e Resposta. Florianópolis, 2000. Disponível em <[http://: www.aids.gov.br/planejamento/texto_SantaCatarina.htm](http://www.aids.gov.br/planejamento/texto_SantaCatarina.htm) > Capturado em: 12/11/00.
19. BOLETIM epidemiológico: AIDS. Tabela 8: Distribuição dos casos de AIDS entre indivíduos com 13 anos de idade ou mais, de ambos os sexos, segundo o período de diagnóstico e categoria de exposição: Brasil 1980-2000. Brasília: Ministério da Saúde. Nº1. dez.1999/jun2000.p.34-5.

20. BOLETIM epidemiológico: AIDS. Tabela 21: Distribuição das incidências (taxa por 100.000 habitantes) segundo municípios com os maiores números de casos de AIDS e período de diagnóstico. Brasil, 1980-2000: Brasília: Ministério da Saúde. Nº 1, dez. 1999/jun2000. p.52-3.
21. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Definição Nacional de caso de AIDS em indivíduos com 13 anos ou mais, para fins de vigilância epidemiológica. Brasília, 1998.
22. Centers for Disease Control. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1995 44(5): 81-4.
23. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Definição Nacional de AIDS em indivíduos menores de 13 anos: para fins de vigilância epidemiológica. Brasília, 2000.
24. Cohn A. Considerações Acerca da Dimensão Social da Epidemia de AIDS no Brasil. Publicado em 1997. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/udtv/doc05.htm>> Capturado em 23/11/00.
25. Fowler MG, Melnick SL, Mathieson BJ. Women and HIV: Epidemiology and Global Overview. Obstet Gynecol Clin North Am. 1997, 24(4): 705-29.
26. BOLETIM epidemiológico: AIDS. Tabela 3: Distribuição dos casos de AIDS segundo o ano do diagnóstico, faixa etária e razão de sexo. Brasil, 1980-2000: Brasília: Ministério da Saúde. Nº1. dez.1999/jun2000.p.28.

27. BOLETIM epidemiológico: AIDS. Tabela 4: Distribuição Proporcional dos casos de AIDS segundo o sexo e a idade: Brasil, 1980-2000. Brasília: Ministério da Saúde. Nº1. dez.1999/jun2000.p.29.
28. Medici AC. Impacto Socioeconômico da AIDS. In: Parker R, Bastos C, Galvão J, Pedrosa JS. A AIDS no Brasil. 1º ed. Rio de Janeiro: ABIA/UERJ/Relume. Dumará. 1994. p.325-9.
29. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Implantação da Vigilância de Gestantes + e Crianças Expostas* (mimeo). Brasília, 2000.
30. BOLETIM Epidemiológico: AIDS. Tabela 8: Distribuição dos Casos de AIDS entre Indivíduos com 13 anos de idade ou mais, de ambos os sexos, segundo período de diagnóstico e categoria de exposição: Brasil, 1980-2000. Brasília: Ministério da Saúde. Nº1. dez.1999/jun2000.p.34-5.
31. Adair EBG. A Epidemiologia da Infecção pelo HIV em Santos. In: Parker R, Bastos C, Galvão J, Pedrosa JS. A AIDS no Brasil. 1º ed. Rio de Janeiro: ABIA/UERJ/Relume. Dumará. 1994. P. 69-90.
- 32.A Epidemia pelo HIV/AIDS em Usuários de Drogas. Publicado em 1997. Disponível em: <[http://: www.aids.gov.br/udtv/doc04htm](http://www.aids.gov.br/udtv/doc04htm). >. Capturado em 23/11/00.
33. BOLETIM epidemiológico: AIDS. Tabela 10: Distribuição dos casos de AIDS entre indivíduos menores de 13 anos de idade segundo o período

de diagnóstico e categoria de exposição: Brasil 1980-2000. Brasília: Ministério da Saúde. Nº1. dez.1999/jun2000.p.37-8.

RESUMO

A Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), uma doença decorrente da infecção pelo HIV, é considerada atualmente como uma pandemia. Sua incidência vem variando substancialmente pelas várias regiões do mundo. No presente estudo, foram verificadas as características da epidemia da AIDS no Estado de Santa Catarina de 1984 ao final do ano 2000, utilizando o banco de dados da Coordenação Estadual de DST/AIDS.

Dentre os 8.347 indivíduos, com HIV/AIDS confirmados no Estado de Santa Catarina durante o período de estudo, 7.833 tinham 13 ou mais anos de idade, e, 514 menos de 13 anos. As características da epidemia observadas comportaram de maneira semelhante à encontrada no restante do País. A incidência de AIDS apresentou uma pequena redução nos últimos anos da década de 90. A razão de masculinidade apresentou declínio devido a uma “feminização” da AIDS. A faixa etária mais acometida foi a dos 20-49 anos com 85,9% (4.658) dos indivíduos. Observou-se que 71,7% (5.398) dos indivíduos com HIV/AIDS tinham até oito anos de escolaridade. A transmissão heterossexual foi a principal forma de disseminação da doença em indivíduos com idade maior ou igual aos 13 anos, e a vertical foi predominante nos casos pediátricos. Foi observado que as regiões litorâneas apresentam uma taxa de incidência maior de AIDS, porém acompanha-se uma crescente expansão para o interior do Estado.

As características epidemiológicas no Estado de Santa Catarina apresentaram características semelhantes ao encontrado na literatura, com as seguintes peculiaridades: maior frequência de transmissão heterossexual (61,7%) em adultos, e de transmissão vertical (97,9%) na população pediátrica.

SUMMARY

The Acquired Immunodeficiency Síndrome (AIDS), disease caused by Human Immunodeficiency Virus (HIV), it is considered now as a pandemic. The incidence is varying substantially at several areas of the world. In the present estudy, the AIDS' epidemic characteristics were verified in Santa Catarina's State from 1984 until 2000 years, using the DST/AIDS State Coordination's database.

In 8.347 patients with confirmed in Santa Catarina's State during the period, 7833 had 13 or more years of age, and, 514 less than 13 years of age, the epidemic characteristics observed was similar at the remaining of the Country. The AIDS incidence presented a small reduction in the least years of the 90's decade. The relation man/woman decreased due to an increased of woman infection. It was that 71,7% (5.398) of the patients with HIV/AIDS had less than eight years of study. The age group more assault was the 20-49 years of age with 85,9% (7.163) of the individuals. The transmission heterosexual was the main form of disease dissemination in individuals with 13 years of age or more than, and vertical transmission was predominant in the pediatric cases, It was observed that beach areas presents an AIDS high incidence rate, even a progressive expansion is observed at interior of the State.

The epidemic characteristics of the Santa Catarina State presented similar characteristics to the found in the literature, with the following peculiarities: high frequency of the heterosexual (61,7%) and vertical transmission (97,9%).



APÊNDICE I

DADOS GERAIS

1 - NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO		2 - DATA DA NOTIFICAÇÃO		3 - SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DE NOTIFICAÇÃO	
4 - CÓDIGO MUNICÍPIO		5 - NOME MUNICÍPIO			
6 - CÓDIGO UNIDADE DE SAÚDE		7 - NOME UNIDADE DE SAÚDE			

DADOS DO CASO

8 - DATA NASCIMENTO		10 - IDADE		11 - SEXO		12 - GRAU INSTRUÇÃO	
9 - AGRADO		14 - NOME AGRAVO		15 - DATA 1º SINTOMAS			
16 - CÓDIGO MUNICÍPIO		17 - NOME MUNICÍPIO		18 - DATA 2º SINTOMAS			
19 - COD. DIST.		19 - DISTRITO		20 - ZONA		21 - URF	
22 - COD. BAIRRO		23 - BAIRRO OU LOCALIDADE		24 - ZONA		25 - URF	
26 - ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, NÚMERO, APARTAMENTO)				27 - TELEFONE			
28 - PONTO DE REFERÊNCIA				29 - ASSINATURA			
30 - NOME RESPONSÁVEL				31 - ASSINATURA			

**TCC
UFSC
CM
0457**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0457

Autor: Zanivan, Eron Bert

Título: A epidemia da Síndrome da Imunod



972810032

Ac 253606

Ex.1 UFSC BSCCSM

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação 2- Individual	2 Data da Notificação
3 Município de Notificação	Código (IBGE)
4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código

Dados do Caso

5 Agravado AIDS	Código (CID10) B 2 4	6 Data do Diagnóstico
7 Nome do Paciente	8 Data de Nascimento	
9 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos	10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado
12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 6- Não se aplica 9-Ignorado		
13 Número do Cartão SUS	14 Nome da mãe	

Dados de Residência

15 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	16 Número
17 Complemento (apto., casa, ...)	18 Ponto de Referência	19 UF
20 Município de Residência	Código (IBGE)	
21 Bairro	Código (IBGE)	22 CEP
23 (DDD) Telefone	24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	25 País (se residente fora do Brasil) Código

Dados Complementares do Caso

26 Nº do Prontuário	27 Ramo de Atividade Econômica
28 Relações Sexuais 1 - Só Com Homens 2 - Só Com Mulheres 3 - Com Homens e Mulheres 4 - Não Se Aplica 9 - Ignorado	29 Relações Sexuais Com Indivíduo Sabidamente HIV + / AIDS 1 - Sim 2 - Não 3 - Não Se Aplica 9 - Ignorado
30 Informação Sobre a Parceria Sexual 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
<input type="checkbox"/> Paciente com Múltiplos Parceiros <input type="checkbox"/> Parceiro(a) com Múltiplos Parceiros <input type="checkbox"/> Parceiro(a) Que Mantém Relações Sexuais Só Com Homens <input type="checkbox"/> Parceiro(a) usuário(a) de Drogas Injetáveis <input type="checkbox"/> Parceiro(a) Que Mantém Relações Sexuais Só Com Mulheres <input type="checkbox"/> Parceiro(a) Que Recebeu Transfusão de Sangue/Derivados <input type="checkbox"/> Parceiro(a) Que Mantém Relações Sexuais Com Homens e Mulheres <input type="checkbox"/> Parceiro Hemofílico	
31 Uso de Droga Injetável 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	32 Hemofilia 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
33 História de Transfusão de Sangue/Derivados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	

No Caso de Haver História de Transfusão de Sangue / Derivados

34 Data	35 UF	36 Município
37 Instituição		
38 Após Investigação Realizada Conforme Algoritmo da CN DST/AIDS, a Transfusão Foi Considerada Causa da Infecção Pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não Houve Transfusão 4 - Investigação Inconclusiva / Não Realizada 9 - Ignorado		
39 Transmissão Vertical (Mãe / Filho) 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 9 - Ignorado	40 Acidente de Trabalho em Profissionais de Saúde com Sorologia Negativa no Momento do Acidente e Soroconversão nos Primeiros 6 Meses 1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado	
41 Outro		

Antecedentes Epidemiológicos

Dados Clínicos	42	Critério Caracas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi (10) <input type="checkbox"/> Tuberculose Disseminada/Extra-Pulmonar/Não Cavitária (10) <input type="checkbox"/> Candidíase Oral ou Leucoplasia Pilosa (5) <input type="checkbox"/> Tuberculose Pulmonar Cavitária ou Não Especificada (5) <input type="checkbox"/> Herpes Zoster em Indivíduo Menor ou igual a 60 Anos (5) <input type="checkbox"/> Disfunção do Sistema Nervoso Central (5) <input type="checkbox"/> Diarréia Igual ou Maior a 1 Mês (2)	<input type="checkbox"/> Febre Maior ou Igual a 38°C por Tempo Maior ou Igual a 1 Mês (2) <input type="checkbox"/> Caquexia ou Perda de Peso Maior que 10% (2) <input type="checkbox"/> Astenia Maior ou Igual a 1 Mês (2) <input type="checkbox"/> Dermatite Persistente (2) <input type="checkbox"/> Anemia e/ou Linfopenia e/ou Trombocitopenia (2) <input type="checkbox"/> Tosse Persistente ou Qualquer Pneumonia (Exceto Tuberculose) (2) <input type="checkbox"/> Linfadenopatia Maior ou Igual a 1cm, Maior ou Igual a 2 Sítios Extra-Inguinais por Tempo Maior ou Igual a 1 Mês (2)
	43	Critério CDC/Modificado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> Candidíase (Esôfago, Traquéia, Brônquio, Pulmão) <input type="checkbox"/> Citomegalovirose <input type="checkbox"/> Câncer Cervical Invasivo <input type="checkbox"/> Criptococose (Extra-Pulmonar) <input type="checkbox"/> Criptosporidíase <input type="checkbox"/> Histoplasmose Disseminada <input type="checkbox"/> Isosporíase <input type="checkbox"/> Herpes Simples (Muco-Cutâneo) > 1 Mês, Esôfago, Brônquios, Pulmão	<input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva <input type="checkbox"/> Linfoma Não Hodgkin <input type="checkbox"/> Linfoma Primário do Cérebro <input type="checkbox"/> Micobacteriose Disseminada <input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>P. Carinii</i> <input type="checkbox"/> Salmonelose (Septicemia Recorrente) <input type="checkbox"/> Toxoplasmose Cerebral
Dados do Laboratório	44	Diagnóstico Laboratorial de Infecção Pelo HIV 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado 9 - Ignorado			45 Contagem de Linfócitos CD4+ <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
		<input type="checkbox"/> 1 - Elisa (1º Teste) <input type="checkbox"/> 3 - Imunofluorescência <input type="checkbox"/> 5 - PCR <input type="checkbox"/> 2 - Elisa (2º Teste) <input type="checkbox"/> 4 - Western Blot <input type="checkbox"/> 6 - Outros _____			46 Data da contagem de CD4+ <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
Crítérios Excepcionais	47	Critério excepcional CDC - caso sem diagnóstico laboratorial de infecção pelo HIV, excluídas outras causas de imunodeficiência (corticoterapia sistêmica, leucoses e síndrome de imunodeficiência genética) e com doença indicativa de aids diagnosticada por método definitivo			
		<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Trat.	48	Diagnóstico de aids Explicitado na Declaração de Óbito, sem Nenhum Outro Dado		<input type="checkbox"/> 49 Óbito por Causa Não Externa de Paciente em Acompanhamento e com ARC	<input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Evolução	50	UF	51 Município Onde se Realiza o Tratamento	52 Unidade de Saúde Onde se Realiza o Tratamento	
	53	Situação Atual 1 - Vivo 2 - Morto 9 - Ignorado		54 Data do Óbito	55 Nº da D. O.
Investigador	56	No Caso de Óbito Informar a Causa da Morte (Exatamente como a Declaração de Óbito) a) _____ b) _____ c) _____ d) _____			
	57	Município/Unidade de Saúde			58 Cód. da Unid. de Saúde
Instruções para Preenchimento da Ficha	59	Nome		60 Função	61 Assinatura
<p>Caselas não deverão ficar em branco. Na ausência de informação usar categoria ignorada. As instruções sobre a codificação de cada item deverão ser rigorosamente seguidas.</p> <p>8- Data de Diagnóstico: Registrar o dia, mês e ano do diagnóstico de aids (data em que o caso foi confirmado segundo os critérios preconizados). Preenchimento obrigatório.</p> <p>8- Data de Nascimento: Deverá ser anotada em termos numéricos, os valores referentes ao dia, mês e ano.</p> <p>9- Idade: Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida. Se o paciente não souber informar a sua idade, anotar, obrigatoriamente, a idade aparente;</p> <p>12- Escolaridade: Preencher com o código correspondente ao número de anos concluídos com aprovação.</p> <p>28-30- Notar que se trata de categoria de exposição e não prática sexual. Quando o contato sexual não for considerado categoria de exposição marcar "não se aplica". O caso classificado na categoria de exposição heterossexual, obrigatoriamente, deverá ter parceria classificada no item 30.</p> <p>42-49- Notificar somente casos que preencham os critérios de definição do caso de aids em pacientes com 13 anos ou mais:</p> <p style="margin-left: 20px;">Com evidência laboratorial(*) de infecção pelo HIV:</p> <p style="margin-left: 40px;">a) 10 pontos no critério Rio de Janeiro/Caracas (campo 42), ou</p> <p style="margin-left: 40px;">b) Presença de qualquer doença indicativa de imunodeficiência listada no campo 43 (critério CDC) modificado, ou</p> <p style="margin-left: 40px;">c) Contagem de linfócitos CD4 abaixo de 350 (campo 45), ou</p> <p style="margin-left: 40px;">d) Óbito por causa não externa (causas externas: acidente, homicídio, suicídio) de paciente em acompanhamento e que esteja apresentando sinais e sintomas do Complexo Relacionado à Aids (ARC)-(campo 49).</p> <p style="margin-left: 20px;">Sem evidência laboratorial(*) de infecção pelo HIV:</p> <p style="margin-left: 40px;">a) Presença de doença definidora (consultar a publicação: Aids em pacientes com 13 anos ou mais: critério de definição de caso) confirmada por método definitivo (campo 47), ou</p> <p style="margin-left: 40px;">b) Óbito de causa não externa (causas externas: acidente, homicídio, suicídio) em cujo atestado conste aids em algum dos campos e cuja investigação epidemiológica não foi conclusiva (campo 48).</p> <p style="margin-left: 20px;">(*) evidência laboratorial do HIV em pacientes que apresentem situações clínicas laboratoriais compatíveis com imunodeficiência (campo 44): (Reatividade em no mínimo 2 testes de triagem com metodologia e/ou princípios antígenicos diferentes, que podem ser realizados na mesma amostra)</p> <p style="margin-left: 20px;">- Os testes de triagem mais comuns são:</p> <p style="margin-left: 40px;">1) ELISA (MEIA) quimiluminiscência e MEIA, 2) Teste simples e 3) Teste rápido.</p> <p style="margin-left: 40px;">b) Positividade em um dos testes confirmatórios, como por exemplo Western Blot ou Imunofluorescência;</p> <p style="margin-left: 40px;">c) Positividade em teste de amplificação de ácidos nucleicos, como por exemplo a PCR (Reação da Polimerase em Cadeia).</p>					

APÊNDICE III

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2- Individual		2 Data da Notificação	
	3 Município de Notificação		Código (IBGE)	
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
Dados do Caso	5 Agravado AIDS		Código (CID10) B 2 4	6 Data do Diagnóstico
	7 Nome do Paciente		8 Data de Nascimento	
	9 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos	10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 6- Não se aplica 9-Ignorado
Dados de Residência	13 Número do Cartão SUS		14 Nome da mãe	
	15 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	16 Número
	17 Complemento (apto., casa, ...)		18 Ponto de Referência	
	20 Município de Residência		Código (IBGE)	
	21 Bairro		Código (IBGE)	22 CEP
	23 (DDD) Telefone		24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	25 País (se residente fora do Brasil) Código
Dados Complementares do Caso				
Antecedentes Epidemiológicos da Criança	26 Nº do Prontuário		27 Relações Sexuais 1-Só Com Homens 2-Só Com Mulheres 3-Com Homens e Mulheres 4-Não Se Aplica 9-Ignorado	
	28 Relações Sexuais Com Indivíduo Sabidamente HIV + / AIDS 1 - Sim 2 - Não 3 - Não Se Aplica 9 - Ignorado			
	29 Informação Sobre a Parceria Sexual 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Paciente com Múltiplos Parceiros		<input type="checkbox"/> Parceiro(a) com Múltiplos Parceiros	
	<input type="checkbox"/> Parceiro(a) Que Mantém Relações Sexuais Só Com Homens		<input type="checkbox"/> Parceiro(a) usuário(a) de Drogas Injetáveis	
	<input type="checkbox"/> Parceiro(a) Que Mantém Relações Sexuais Só Com Mulheres		<input type="checkbox"/> Parceiro(a) Que Recebeu Transfusão de Sangue/Derivados	
	<input type="checkbox"/> Parceiro(a) Que Mantém Relações Sexuais Com Homens e Mulheres		<input type="checkbox"/> Parceiro Hemofílico	
	30 Usuário de Drogas Injetáveis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		31 Hemofílico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	32 História de Transfusão de Sangue / Derivados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	No Caso de Haver História de Transfusão de Sangue / Derivados			
33 Data da Transfusão		34 UF	35 Município	
36 Instituição				
37 Após Investigação Realizada Conforme Algoritmo da CN DST/AIDS, a Transfusão Foi Considerada Causa da Infecção Pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não Houve Transfusão 4 - Investigação Inconclusiva / Não Realizada 9 - Ignorado				
38 Perinatal 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
Se Perinatal, Categoria de Exposição da Mãe 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
Antec. Epid. da Mãe	39 Se Heterossexual		<input type="checkbox"/> Parceiro Com Múltiplos Parceiros	
	<input type="checkbox"/> Parceiro HIV+/AIDS		<input type="checkbox"/> Parceiro Usuário de Drogas Injetáveis	
	<input type="checkbox"/> Com Múltiplos Parceiros		<input type="checkbox"/> Parceiro Transfundido	
	<input type="checkbox"/> Parceiro que Mantém Relações Sexuais Com Homens e Mulheres		<input type="checkbox"/> Parceiro Hemofílico	
	40 Usuário de Drogas Injetáveis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41 História de Transfusão de Sangue / Derivados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
42 Acidente de Trabalho em Profissionais de Saúde com Sorologia Negativa no Momento do Acidente e Soroconversão nos Primeiros 6 Meses 1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado				

Dados Clínicos	43 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Sinais maiores <input type="checkbox"/> Candidíase Oral Resistente ao Tratamento <input type="checkbox"/> Aumento Crônico da Parótida <input type="checkbox"/> Doença Diarréica Crônica ou Recorrente <input type="checkbox"/> Herpes Zoster <input type="checkbox"/> Tuberculose		Sinais menores <input type="checkbox"/> Otite ou Sinusite Crônica ou de Repetição <input type="checkbox"/> Hepatomegalia e/ou Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Miocardiopatia <input type="checkbox"/> Dermatite Crônica <input type="checkbox"/> Linfadenopatia >= 0.5 cm em mais de 2 Sítios <input type="checkbox"/> Febre >= 38°C >= 1 Mês <input type="checkbox"/> Perda de Peso > 10% do Peso Anterior ou Alteração na Curva de Crescimento de 2 percentis <input type="checkbox"/> Anemia e/ou Linfopenia e/ou Trombocitopenia (Hb<80 g/L, linfócitos<1000/mm ³ , plaquetas<100.000/mm ³)	
	Dados Clínicos	44 Critério CDC 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Candidíase (esôfago, traquéia, pulmão) <input type="checkbox"/> Citomegalovirose <input type="checkbox"/> Criptococose (extra-pulmonar) <input type="checkbox"/> Criptosporidíase <input type="checkbox"/> Encefalopatia pelo HIV <input type="checkbox"/> Gengivo-Estomatite Herpética Recorrente <input type="checkbox"/> Herpes Simples (muco-cutâneo > 1 mês, esôfago, brônquios, pulmão) <input type="checkbox"/> Histoplasmose Disseminada <input type="checkbox"/> Infecções Bacterianas de Repetição/Múltiplas (pneumonia, abscessos em órgãos internos, infecções osteo-articulares) <input type="checkbox"/> Isosporíase	<input type="checkbox"/> Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva <input type="checkbox"/> Linfoma não Hodgkin <input type="checkbox"/> Linfoma Primário de Cérebro <input type="checkbox"/> Meningite Bacteriana ou Sepsis <input type="checkbox"/> Micobacteriose Disseminada <input type="checkbox"/> Pneumonia Linfóide Intersticial <input type="checkbox"/> Pneumonia por <i>P. carinii</i> <input type="checkbox"/> Salmonelose (septicemia recorrente) <input type="checkbox"/> Sarcoma de Kaposi <input type="checkbox"/> Síndrome da Emaciação (Aids Wasting Syndrome) <input type="checkbox"/> Toxoplasmose Cerebral		
Dados do Laboratório		45 Sorologia para HIV 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizou 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Elisa (1º Teste) <input type="checkbox"/> Imunofluorescência <input type="checkbox"/> PCR (1º teste) <input type="checkbox"/> Elisa (2º Teste) <input type="checkbox"/> Western Blot <input type="checkbox"/> PCR (2º teste) <input type="checkbox"/> Outros _____			46 Contagem de Linfócitos CD4 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
				47 Data da contagem de CD4+ <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
Trat.	48 UF 49 Município Onde se Realiza o Tratamento		50 Unidade de Saúde Onde se Realiza o tratamento		
	51 Situação Atual 1 - Vivo 2 - Morto 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		52 Data do Óbito <input type="checkbox"/>		
Evolução	54 Diagnóstico de aids Explicitado na Declaração de Óbito, sem Nenhum Outro Dado 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		55 Óbito por Causa Não Externa de Paciente em Acompanhamento e com ARC 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		
	Observações <div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>				
Investigador	56 Município/Unidade de Saúde			57 Cód. da Unid. de Saúde <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
	58 Nome		59 Função		60 Assinatura
Instruções para Preenchimento da Ficha	Caselas não deverão ficar em branco. Na ausência de informação, usar a categoria ignorado. As instruções sobre a codificação de cada item deverão ser rigorosamente seguidas. 6 - Data do Diagnóstico - Registrar o dia, mês e ano do diagnóstico de aids (data em que o caso foi confirmado segundo um dos critérios preconizados). Preenchimento obrigatório. No caso de natimorto, quando a data for ignorada, preencher com a data de óbito. 8 - Data de Nascimento - Deverá ser anotada, em termos numéricos, os valores referentes ao dia, mês e ano. 9 - Idade - Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida. Se o paciente não souber a idade, anotar, obrigatoriamente, a idade aparente. 12 - Escolaridade - Preencher com o código correspondente ao número de anos de estudos concluídos com aprovação. 27-29 - Notar que se trata de categoria de exposição e não prática sexual. Quando o contato sexual não for considerado categoria de exposição, marcar "não se aplica". O caso classificado na categoria de exposição heterossexual, obrigatoriamente deverá ter parceria classificada no item 29. 38-42 - Quando perinatal, anotar a categoria de transmissão da mãe. 43-44 - Dados Clínicos -Notificar somente os casos que preencham os critérios de definição de caso de aids em pacientes menores de 13 anos (consultar publicação- Revisão da Definição de caso de aids em menores de 13 anos- março/2000).				